

DES N° 26

LOCALISATIONS

ARTICULAIRES

DANS LA DYSENTERIE

(PSEUDO-RHUMATISME INFECTIEUX)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 6 AVRIL 1895

PAR

Joseph CATHALA

Né à Cessenon (Hérault)

LICENCIÉ EN DROIT

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI
(HAMELIN FRÈRES)

1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique chirurgicale.....	MM. DUBRUEIL (*).
Id. LAPEYRE (Ch. du c.)	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O. * *).
Id. GILIS (Ch. du c.)	
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Pathologie interne.....	N....
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	
Médecine légale et toxicologie.....	N....
Id. DUCAMP (Ch. du c.)	

PROFESSEUR HONORAIRE: M. JAUMES.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. SERRE	MM. BROUSSE	MM. DUCAMP
BAUMEL	SARDA	RAUZIER
GERBAUD	ESTOR	LAPEYRE
GILIS	LECERCLE	MOITESSIER

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE:

MM. CARRIEU, *président*.
GRASSET.
BROUSSE.
RAUZIER.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

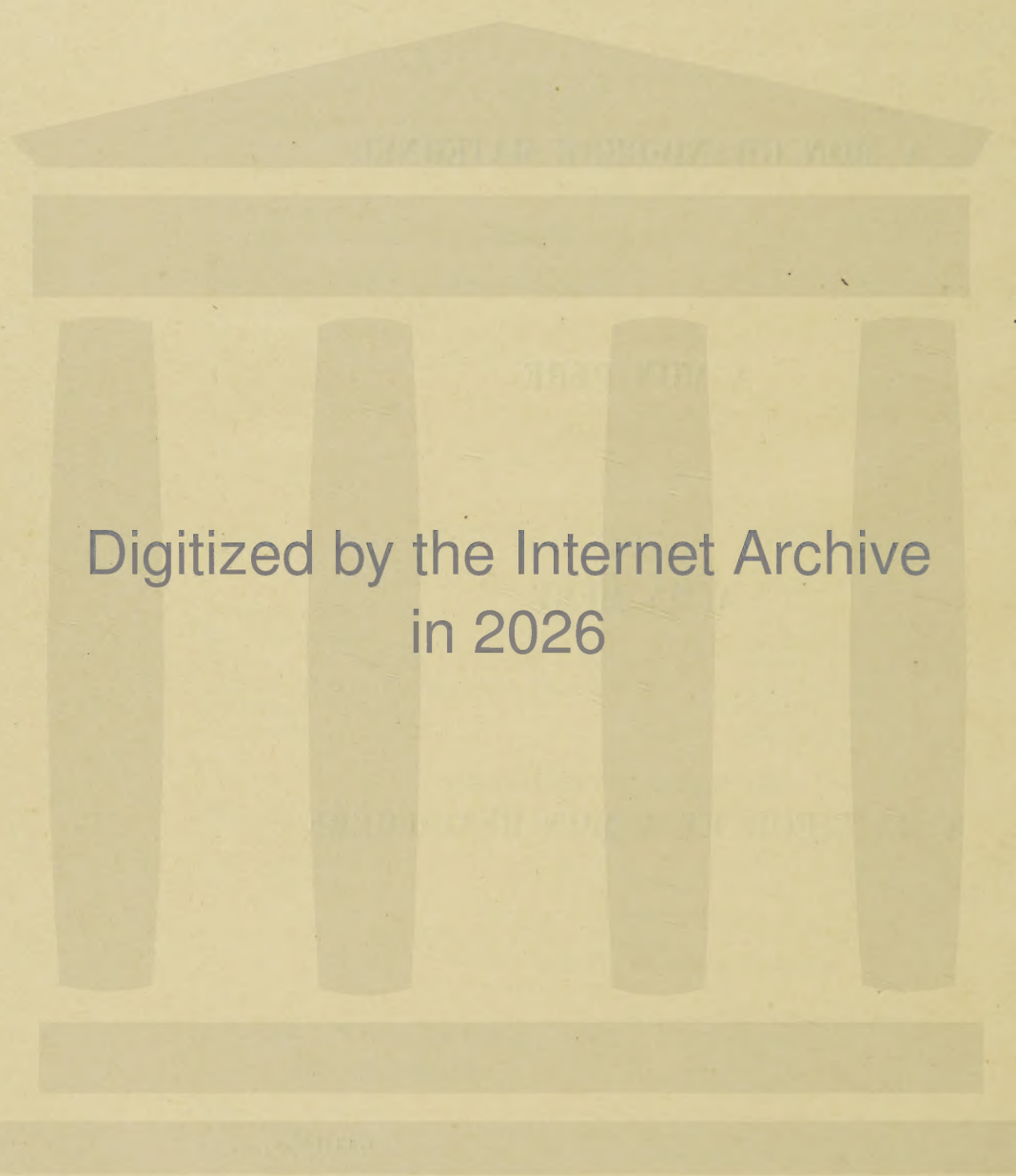
A MON GRAND-PÈRE MATERNEL

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

J. CATHALA.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547917_0054

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

Hommage de reconnaissance.

J. CATHALA.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

J. CATHALA.

INTRODUCTION

Il n'est pas rare de rencontrer des manifestations articulaires survenant soit dans le cours, soit pendant la convalescence de certaines maladies infectieuses, comme la blennorrhagie, la pyohémie, les affections puerpérales, la scarlatine, l'érysipèle, la variole, la dysenterie. On a longtemps discuté et l'on discute encore sur la nature de ces lésions. Certains auteurs, en effet, les considèrent comme des attaques de rhumatisme ordinaire, coexistant avec une autre maladie, tandis que d'autres ne veulent voir en elles qu'une manifestation morbide, intimement liée à l'affection primitive.

La question paraît cependant nettement tranchée à l'heure actuelle pour ce qui est du rhumatisme blennorrhagique, et la très grande majorité des auteurs le regarde comme une arthropathie, ayant pour cause unique la blennorrhagie. Mais la démonstration est loin d'être faite pour les déterminations articulaires qui surviennent dans le cours ou au déclin de la dysenterie, et le champ reste ici ouvert aux hypothèses.

Au mois de juillet 1894, ayant eu la bonne fortune d'observer, dans le service du professeur Carrieu, quelques exem-

ples nets et probants de ces manifestations articulaires, nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons nullement la prétention, dans notre modeste travail, d'élucider la question si complexe et si ardue des arthrites dysentériques ; nous nous sommes proposé seulement de relater les faits que nous avons observés nous-même à l'hôpital et de rechercher leur nature et leur pathogénie, trop heureux si nos observations peuvent présenter quelque intérêt et faciliter la tâche de celui qui, plus autorisé que nous, voudra essayer de trancher ce point si délicat de la science médicale.

Réduite à un aussi petit nombre de cas, notre description aurait été bien incomplète ; aussi nous a-t-il paru bon d'ajouter aux faits que nous allons rapporter trois autres observations, empruntées l'une à la thèse du docteur Tétu (de Paris), les deux autres à celle du docteur Fradet.

Nous diviserons notre travail en quatre parties :

La première partie comprendra un historique assez rapide de la question.

Nous étudierons dans la seconde la forme clinique de la maladie.

La troisième sera consacrée à la détermination de la nature particulière de l'affection.

Enfin, dans la quatrième, nous indiquerons le traitement et nous poserons les conclusions auxquelles nous sommes arrivé.

Nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion qui nous

est fournie de remercier publiquement notre excellent maître le professeur Carrieu, qui n'a cessé de nous prodiguer ses conseils éclairés, et s'est montré à notre égard, durant tout le cours de nos études, d'une inépuisable bienveillance. Il nous donne, en acceptant la présidence de notre thèse, une preuve nouvelle de sa haute sympathie, nous lui en exprimons ici notre plus grande reconnaissance.

C'est aussi un devoir bien agréable pour nous d'adresser l'expression de notre plus vive gratitude à M. le professeur Granel et à MM. les professeurs agrégés Lapeyre et Ducamp pour l'intérêt qu'ils nous ont toujours porté.

DES

LOCALISATIONS ARTICULAIRES

DANS LA DYSENTERIE

(PSEUDO-RHUMATISME INFECTIEUX)

I

HISTORIQUE

Les lésions articulaires de la dysenterie ont été signalées de toute antiquité, et l'histoire de cette question remonte même à Hippocrate. Le père de la médecine, après avoir défini la dysenterie « un flux putride venant de l'amas de la bile et de la pituite qui se précipite avec un sang corrompu, nous dit que : une dysenterie s'arrêtant intempestivement produit un dépôt, soit dans la poitrine, soit dans les viscères, soit dans les articulations », et il se demande si c'est la dysenterie bilieuse qui le produit dans les articulations et la dysenterie sanguinolente dans la poitrine et les viscères.

Plus tard, Cœlius Aurelianus considère la dysenterie comme un rhumatisme de l'intestin. Cette manière de voir peut faire supposer que cet auteur connaissait les localisations articulaires, mais il ne signale pas, toutefois, les douleurs ressenties

au niveau des jointures. Pour Alexandre de Tralles, la dysenterie tenait à la fois du rhumatisme et du catarrhe.

Aucun des ouvrages du moyen âge ne mentionne la production de ces arthropathies, et il nous faut arriver à Sydenham pour trouver, sur la matière, quelques documents nouveaux, mais bien vagues : « Dans la fièvre dysentérique, dit-il, les malades ressentaient dans les muscles, et principalement dans les extrémités, des douleurs se rapprochant de celles du rhumatisme. »

Strack, dans sa relation des épidémies qui sévirent à Mayence, de 1757 à 1759, s'exprime d'une façon beaucoup plus claire que ses prédécesseurs : « Venenum dysentericum si solum pectus occupat, fit asthma, si membra fit arthritidis. » Il semble qu'il y ait dans cette phrase le pressentiment de la nature infectieuse de la maladie. Il signale en même temps que la suppression des évacuations alvines provoque l'œdème des pieds, l'anasarque, la goutte...

Quelques années plus tard, Zimmermann (de Berne), dans son *Traité de la dysenterie*, fait remarquer que, pendant l'épidémie qui régna en 1765, « beaucoup de malades se sentirent une goutte vague, d'autres eurent les pieds longtemps enflés. » Mais, comme les auteurs qui avaient écrit avant lui, il ne voit pas les rapports qui unissent l'arthrite à la dysenterie, et il attribue les phénomènes articulaires à un traitement astringent mal entendu. Pour lui, les accidents produits sont simplement des phénomènes métastatiques dus à l'arrêt du flux dysentérique.

Voici, du reste, de quelle manière il s'exprime à ce sujet : « Un des grands docteurs routiniers de Thurgau bornait toute sa thérapeutique à deux choses : premier jour, ipéca ; deuxième jour, laudanum. Les malades de ce routinier, paraît-il, moururent presque tous d'hydropisie ou dans les plus cruelles souffrances arthritiques. » Et ailleurs : « Un homme

de quarante ans, du comté de Lentzbourg, eut la dysenterie et prit, d'un charlatan, un remède astringent. Le flux du ventre cessa, et il fut pris aussitôt de douleurs articulaires qui le mirent au désespoir. » Zimmermann nous signale d'autres faits de même nature, mais il les met toujours sur le compte d'une médication intempestive. Il considère ces complications comme fâcheuses et défavorables, et constate qu'à propos de certains malades : « les uns, ayant pris de prétendues gouttes d'opium, virent leurs mains et leurs pieds enfler et devinrent perclus. » Une jeune paysanne, qui prit « un astringent que lui donna le bourreau de Berne, fit cesser aussi le flux du ventre et les douleurs, et mourut un mois après de douleurs articulaires. »

Dans le courant de la même année, un autre auteur, Lepecq de la Cloture, publie les observations de l'épidémie de dysenterie qui se montre à Caen, et se borne simplement à mentionner, sans aucuns commentaires, les manifestations articulaires. « Cette affection, écrit-il, fut très longue chez un grand nombre de malades et se terminait souvent par des dépôts sur les extrémités, mais surtout par des douleurs aux articulations, semblables aux nodus de la goutte, aux ankyloses, dont quelques-unes ont suppuré. Ces dépôts fixaient la métastase critique de la fièvre, et, de ce moment, l'estomac, les intestins, les forces digestives, reprenaient un peu de vigueur. » En 1767, il observe à Forges une nouvelle épidémie, dans laquelle se présentent les mêmes complications. « La plupart des malades restaient perclus de leurs membres et y souffraient des douleurs intolérables. » Mais, ici encore, il ne cherche pas à définir la relation qui existe entre la dysenterie et les symptômes articulaires, et il regarde ces manifestations, soit comme un effet métastatique, soit comme la terminaison chronique de la maladie.

Puis, vient Stoll, qui nous décrit avec assez de détails les

localisations articulaires de la dysenterie. Le célèbre médecin de Vienne ne les envisage ni comme une complication, ni comme une conséquence de la maladie ; il voit entre les deux affections une affinité morbide ; il les confond même en une seule entité et les assimile complètement, faisant ainsi rentrer la dysenterie dans le cadre du rhumatisme. Pour lui, les lésions articulaires et la dysenterie sont d'origine absolument identique. Ce sont deux maladies engendrées par la même cause, et celle-ci donne lieu tantôt à l'une, tantôt à l'autre. La dysenterie se change en rhumatisme, « les épaules chez les uns, nous dit Stoll, la nuque chez les autres, ou les poignets ou les genoux, furent en proie à une douleur déchirante, les tranchées et les déjections n'ayant plus lieu. » De même aussi, la dysenterie survenant, on peut voir les rhumatismes des membres disparaître subitement. » Et l'auteur pose alors en principe que la dysenterie est un rhumatisme de l'intestin qui ne diffère de celui des autres parties du corps que par la forme. La doctrine de Stoll ne pouvait guère prévaloir, car elle était trop exclusive et basée sur un trop petit nombre de faits. Aussi continua-t-on à faire rentrer toutes les complications articulaires dans la classe des phénomènes métastatiques. Mais cet auteur n'en a pas moins le grand mérite d'avoir prouvé l'existence évidente et incontestable des arthropathies survenant au cours ou au déclin de la dysenterie.

En 1820, Franck ne nie pas qu'il existe un rhumatisme dysentérique, mais soutient, contrairement aux idées émises par Stoll, qu'il n'y a pas identité absolue et forcée entre le rhumatisme et la dysenterie.

Broussais et Pinel vont même jusqu'à prétendre qu'il n'y a entre les deux affections aucune relation, aucun lien même éloigné de parenté.

Vignes, en 1825, dans son traité, cite aussi des cas d'arthropathies au cours de la dysenterie, et nous dit : « Les mala-

des atteints de dysenterie avaient des douleurs contusives aux membres, et surtout aux articulations, lesquelles devenaient tuméfiées, nouées, raides et inhabiles aux mouvements. » Pour lui comme pour Zimmermann, la cause de ces lésions réside dans l'arrêt du flux intestinal et dans une médication astringente. Il a cependant rencontré des cas où ces phénomènes se manifestaient même sans qu'on eût institué un traitement.

En l'année 1835, Fallot publie la relation d'une épidémie dysentérique qui sévit à l'hôpital militaire de Namur, en 1831. Il croit que l'apparition de phlegmasies sur différentes parties du corps, ou de douleurs musculo-articulaires, a été une circonstance rare dans les faits soumis à son observation. » Lorsque ces métastases se sont produites, elles ont été en général critiques et ont amené une heureuse solution.

A la même époque, Thomas (de Tours), dans d'intéressantes recherches sur la dysenterie, essaie de donner une nouvelle explication des arthrites. Il pense qu'il y a un rapport de cause à effet entre les deux affections, et que la dysenterie appellerait le rhumatisme chez les sujets prédisposés. « C'est, dit-il, un fait incontestable que, pendant l'existence de la phlegmasie dysentérique, les articulations sont susceptibles d'être frappées d'inflammation sous l'influence de la cause la plus légère.

Les malades qui ont eu des manifestations antérieures sont affectés d'une façon peu commune. L'irritation sympathique des articulations est si évidente pendant le cours de la dysenterie, qu'il suffit, pour qu'elles deviennent le siège de violentes phlegmasies, que la fluxion dysentérique cesse instantanément. Pour démontrer que la phlegmasie articulaire est une des complications les plus graves de la dysenterie, l'auteur rapporte une observation remarquable d'arthrite suppurée. Il s'agissait dans ce cas d'un malade atteint, au déclin de sa

dysenterie, de variole, c'est-à-dire d'une maladie de nature essentiellement infectieuse.

L'auteur explique par la métastase le développement de l'arthrite, avec des observations à l'appui de sa théorie.

Cambay se rallie lui aussi à la théorie métastatique, et pour lui les manifestations articulaires constituent un heureux dénouement de la maladie. Il dit, en effet, qu'on a vu la dysenterie disparaître par le développement d'une fièvre intermittente, d'un rhumatisme, d'une sciatique, d'une pleurésie, ce qui fait considérer ces maladies comme des crises salutaires.

IIaspel paraît n'avoir jamais observé de dysentériques atteints d'arthrites, car dans son *Traité des maladies de l'Algérie*, il ne fait que signaler tout à fait succinctement des douleurs siégeant dans les membres inférieurs.

Dutrouleau, en décrivant les complications de la dysenterie, nous parle de malades « qui présentaient des douleurs articulaires, même au début de la maladie, ou des sciatiques, avec atrophie du membre, si l'affection se prolongeait. »

Dans son *Traité de la dysenterie*, Delieux de Savignac fait le tableau de la forme rhumatismale de la dysenterie. « La participation, écrit-il, de l'appareil locomoteur à l'essence de la dysenterie, pourra se manifester par des douleurs musculaires et des fluxions articulaires, si la forme devient franchement rhumatismale. Il revient, en les restreignant, aux idées émises par Stoll. « De l'assimilation forcée tentée par Stoll, il faut simplement conclure à l'existence d'une forme spéciale de la dysenterie, dans laquelle se présente une complication de rhumatismes ou de symptômes rhumatoïdes. » Il admet deux degrés dans cette forme, suivant l'intensité des douleurs, leur localisation dans les muscles ou les articulations, leur persistance plus ou moins grande. Il déclare que cette forme est généralement rare dans les circonstances ordi-

naires, et qu'il ne l'a jamais constaté « dans son expression complète ». Mais, d'un autre côté, il dit avoir souvent vu la névralgie sciatique, surtout dans la dysenterie chronique.

Trousseau nous donne aussi une description détaillée de la forme rhumatismale de la dysenterie, principalement caractérisée par les phénomènes qui se produisent, en quelques circonstances, du côté des articulations. Il remarque que les accidents se localisent quelquefois, en un seul point, et il lui semble que les genoux en sont le plus souvent le lieu d'élection. La fluxion rhumatismale est en général passagère et peu profonde; mais, dans quelques cas, rares il est vrai, l'épanchement synovial est tellement intense qu'il peut occasionner la rupture de la capsule.

Trousseau partage entièrement l'opinion de Stoll, et attribue comme lui à la métastase les phénomènes qui se passent au niveau des jointures, sans même songer à rechercher si des relations plus étroites peuvent unir le rhumatisme à la dysenterie.

Nous devons au docteur Gestin trois observations de rhumatismes survenus pendant l'épidémie de dysenterie qui éclata à Brest, en 1867. Un de ces cas fut suivi de complications du côté du cœur.

Barallier croit que les complications rhumatismales rencontrées au cours de la dysenterie ne sont pas très fréquentes, et les localise surtout aux genoux et aux épaules. Pour cet auteur, les localisations articulaires évolueraient sans imprimer la moindre modification à la maladie primitive.

Nous arrivons maintenant aux intéressants travaux que les docteurs Huette et Quinquaud ont spécialement consacré à l'étude de l'arthrite dysentérique. Parvenu à recueillir pendant une épidémie, en 1854, dix observations très nettes et très précises, le docteur Huette trace avec un soin tout particulier les caractères cliniques de l'affection qui nous occupe.

Il s'efforce de démontrer que l'arthrite dysentérique présente des différences essentielles, capitales, avec le rhumatisme ordinaire, et qu'elle a, au contraire, une ressemblance frappante avec le rhumatisme de la blennorrhagie. Pour lui, il ne peut être question ici de métastase ; les complications articulaires sont le résultat d'un état pathologique des muqueuses du rectum et du côlon ; et il est rationnel de les expliquer par « une affinité morbide, qui, les muqueuses étant malades, déterminent, sous l'influence de conditions épidémiques spéciales, et d'une constitution médicale particulière, des effets pathologiques réflexes, sur les autres tissus de l'économie. »

Quinquaud, dans un article très intéressant, sur les manifestations rhumatoïdes de la dysenterie, cite quatre observations prises à l'hôpital Saint-Antoine, dans lesquelles on n'a trouvé, pour expliquer ces arthrites multiples, qu'une dysenterie antérieure. Chez ces malades, il n'y avait pas d'antécédents de rhumatisme, ni par leurs parents, ni par eux-mêmes. L'auteur voit dans les lésions tout simplement un symptôme banal de la dysenterie. La dysenterie n'est pas une cause prédisposante au même titre que le froid ou l'humidité pour le rhumatisme, elle est cause efficiente, elle engendre les lésions articulaires. « Ces manifestations rhumatoïdes » présentent une certaine analogie avec le rhumatisme vrai, mais s'en distinguent par l'absence de complications cardiaques et d'autres signes importants.

Dans son *Traité de pathologie externe*, Duplay soutient que l'arthropathie dysentérique se développe sous l'influence de l'affaiblissement général de l'organisme causé par la maladie. Le corps ainsi affaibli résisterait moins à l'action des agents extérieurs, le froid par exemple, et serait plus susceptible d'être envahi.

Le médecin militaire Lecard cite huit cas de rhumatismes dysentériques, dont un avec complication cardiaque, qu'il a

observés dans une épidémie de dysenterie à la Rochelle, pendant l'été de 1873 et celui de 1874.

M. Tétu, dans sa thèse inaugurale, rejette l'hypothèse de métastase, de sympathie ou de diathèse. Il se fait le défenseur ardent de la théorie de l'absorption purulente. Il admet comme explication la plus simple et la plus facile, de la production des manifestations articulaires, une intoxication pyohémique du sang par le fait de la maladie première, caractérisée par l'existence d'une muqueuse en suppuration. Il suffit, en effet, de la lésion spéciale de la muqueuse intestinale, qui est dépouillée de son épithélium, souvent ulcérée et quelquefois gangrenée, pour amener cette infection. L'affection n'est pas diathésique, elle est septicémique.

En 1876, le médecin-major Aron signale des arthrites multiples à allure torpide dans une épidémie de dysenterie à Joigny.

La même année, Besnier fait remarquer que quelquefois la dysenterie vraie paraît se combiner avec une attaque de rhumatisme et alterner avec elle; mais il se hâte d'ajouter que la coïncidence des symptômes articulaires et dysentériques se montre assez rarement.

Homolle fait intervenir de très nombreux facteurs dans la production des phénomènes arthritiques, parmi lesquels on peut citer l'état de dépression générale de l'organisme, une irritation nerveuse d'origine périphérique, la suppuration d'une muqueuse ou une déperdition humorale.

Nous ne pouvons passer sous silence l'intéressante thèse de Bourcy (Paris, 1883) sur le pseudo-rhumatisme infectieux. Dans ce travail excellent, l'auteur fait de la dysenterie une maladie de nature infectieuse, et attribue l'arthrite consécutive à la migration, dans la jointure, d'un organisme parasitaire. Il différencie très nettement cette affection du rhumatisme vrai et l'assimile au rhumatisme blennorrhagique. L'arthrite est la manifestation locale d'une maladie générale infectieuse.

M. Béranger-Féraud, dans son traité si complet et si bien fait de la dysenterie, signale un seul cas d'arthrite, qui survint chez un officier et se compliqua de conjonctivite et de lésions cardiaques. Mais, par contre, il dit avoir constaté des névralgies intercostales et des sciatiques rebelles, au cours de la dysenterie. Ce savant observateur ne voit pas dans ces arthropathies une attaque de rhumatisme ordinaire, et, préférant se rattacher aux idées de Trousseau, il pense qu'il s'agit tout simplement de douleurs rhumatoïdes.

Fradet (Thèse de Paris, 1884) distingue nettement, comme l'avait déjà fait Huette, l'arthrite dysentérique du rhumatisme ordinaire, et la rapproche du rhumatisme blennorragique.

Il admet que les muqueuses malades provoquent des actions réflexes amenant des effets pathologiques sur certains tissus de l'économie, et en particulier sur les jointures. M. Deweyre, dans un travail consciencieux et très approfondi, se refuse à donner une place à part, dans l'histoire de la dysenterie, aux manifestations articulaires qui viennent en troubler le cours. Ces phénomènes ne sont pour lui ni des arthrites, ni un rhumatisme secondaire. Ils constituent l'expression d'une maladie distincte, spéciale, infectieuse, n'ayant avec la dysenterie que des rapports d'opportunité.

Citons enfin, en terminant, la thèse de Mignotte (Montpellier, 1890), dans laquelle l'auteur essaie de prouver que les arthropathies dysentériques sont des rhumatismes vulgaires et qu'on ne peut leur reconnaître une origine infectieuse tant qu'on n'aura pas découvert l'agent pathogène.

Nous voyons par cet historique combien sont nombreuses et divergentes les opinions émises par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet; et combien demeurent obscures, par cela même, la nature et la pathogénie des arthrites dysentériques.

II

ÉTUDE CLINIQUE DE LA MALADIE

I. — SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau symptomatique des lésions articulaires de la dysenterie présente un cachet particulier qu'il est important de connaître. Nous admettons, avec un grand nombre d'auteurs, que les accidents apparaissent d'ordinaire lorsque le flux intestinal s'est notablement amendé, ou même a complètement disparu depuis quelque temps, et que le malade est en période de convalescence. Mais ce mode d'invasion ne paraît pas être le seul, et des cas d'arthropathies observés dans le cours ou même au début de la dysenterie ont été quelquefois signalés. Les malades que nous avons pu suivre à l'hôpital ont eu les jointures affectées, les uns au déclin de la dysenterie, et les autres dans la période d'état de la maladie.

M. Quinquaud a vu les arthrites se montrer une fois le deuxième jour après le début d'une dysenterie, qui pourtant continua quoique légèrement modifiée. Dans certains cas, exceptionnels il est vrai, l'arthropathie présente un caractère très significatif de coïncider avec la suppression brusque du flux dysentérique. Hippocrate et Zimmermann ont constaté en effet des faits de cette nature.

La maladie affecte en général plusieurs articulations, soit simultanément, soit successivement. Bien que le point primitivement atteint soit très variable, c'est par les grosses join-

tures que le plus souvent elle débute, et le genou semble bien être, comme du reste l'indique Trousseau, le foyer d'élection de la maladie. Sans doute le malade peut bien éprouver des douleurs siégeant au niveau d'autres articulations, comme la hanche, le coude, l'épaule, mais ces douleurs sont en général passagères, erratiques, disparaissent au bout d'un certain temps, tandis que l'affection se cantonne sur une ou sur les deux articulations fémoro-tibiales, qui attirent sur elles toute l'attention du médecin. Ce processus habituel, cette évolution clinique, n'ont pourtant pas été toujours suivis, et le malade qui fait l'objet de notre première observation en est une preuve. Celui-ci, en effet, a ressenti tout d'abord des douleurs vagues dans la hanche droite; puis le genou gauche s'est pris rapidement; peu de temps après, le genou droit; cinq ou six jours plus tard, le talon gauche, ensuite le talon droit, et enfin toutes les articulations des mains et des pieds ont été plus ou moins endolories. L'affection a évolué à peu près en même temps sur les articulations atteintes et a pris en quelque sorte un caractère polyarticulaire.

MARCHE.— La marche de la maladie est sournoise et insidieuse. La douleur est d'abord sourde, parfois même peu appréciable, si bien que les malades laissent souvent passer plusieurs jours sans se plaindre. D'autres fois, elle se révèle seulement à l'occasion des mouvements exécutés. Cette douleur s'avive peu à peu, mais son acuité est de courte durée. Après quelques jours de souffrances plus ou moins vives, la région atteinte s'enfle. Les méplats latéraux de l'articulation disparaissent, le genou devient globuleux et se tuméfie. La tuméfaction est très variable; tantôt elle est peu manifeste, tantôt, au contraire, elle est, comme chez nos malades, considérable. Bientôt après, se forme dans l'articulation un épanchement qui acquiert, dans certains cas et rapidement, un vo-

lume énorme. Les culs-de-sac synoviaux sont distendus d'une façon très notable et bombent nettement sous la peau. La rotule est soulevée par le liquide, et, par la manœuvre classique exécutée sur cet os, on a la sensation très nette de la fluctuation.

Dans les cas de moyenne intensité, le membre ne présente comme attitude rien de bien particulier ; mais, quand la collection liquide atteint une grande proportion, il se place dans la demi-flexion. L'épanchement peut parfois être si abondant qu'il amène la rupture de la capsule.

La peau de la jointure envahie reste en général normale; cependant elle prend quelquefois une coloration violacée, mais n'acquiert jamais cette rougeur inflammatoire qui apparaît dans le rhumatisme ordinaire. Elle est plutôt blanchâtre, le plus souvent décolorée, et rappelle assez exactement comme couleur celle de l'œdème blanc et mou.

La température locale ne s'élève pas, ou du moins l'ascension thermique est insignifiante. Les phénomènes généraux sont nuls ou très faiblement accusés. Il n'y a ici ni frissons, ni fièvre à noter. La température du corps atteint rarement 39°, elle oscille entre 37° et 38°. Le pouls ne compte pas, d'une façon générale, plus de 90 pulsations à la minute. On ne rencontre pas, en outre, chez les malades, ces sueurs profuses et acides, à odeur repoussante, caractéristiques du rhumatisme articulaire aigu. Les urines sont normales et émises en quantité assez abondante. On ne constate pas non plus de complications cardiaques ; les fonctions digestives s'accomplissent d'une façon normale et régulière, et l'état général des malades, malgré leur long séjour à l'hôpital ou au lit, est satisfaisant.

Aucun de nos sujets n'a présenté au niveau des articulations, ni adhérences fibreuses, ni craquements. Mais nous avons noté dans un cas une atrophie assez marquée des muscles de

la cuisse, et l'inflammation d'une synoviale tendineuse. La tuméfaction qui siégeait au niveau de la gaine du tendon d'Achille était bien limitée. La peau du talon était rouge et luisante. Le tendon était douloureux en arrière et sur les côtés, au-dessous du cou-de-pied, au niveau de la bourse séreuse rétro-calcaneéenne.

A peine la jointure primitivement envahie est-elle entrée en bonne voie de guérison, qu'une autre articulation, symétrique ou non de la précédente, se prend à son tour. En d'autres termes, la maladie multiplie ses localisations; elle s'empare d'une articulation nouvelle, sans quitter brusquement la première; en un mot, elle se multiplie plus qu'elle ne se transporte. Nous avons eu l'occasion d'observer, chez quelques-uns de nos malades, de pareils phénomènes.

Les divers symptômes que nous venons de passer en revue, sont à peu près les seuls qu'il nous ait été permis de contrôler. Jamais nous n'avons constaté les névralgies sciatiques dont Cambay, Sylvestre et Bérenger-Féraud ont rapporté quelques exemples, pas plus du reste que la conjonctivite ou les lésions endo-péricardiques. Nous pensons donc que si, ces complications surviennent, c'est toujours d'une façon tout à fait exceptionnelle.

DURÉE. — La durée de l'arthrite est très variable. Elle est d'autant plus longue que l'épanchement est plus considérable. Quand l'hydarthrose est intense, elle disparaît avec une lenteur désespérante, mais sans laisser après elle aucun reliquat. D'après M. Huette, ce ne sont pas, comme il serait logique de le supposer, les dysenteries les plus rebelles et les plus longues, mais bien les plus légères et les plus bénignes, qui donneraient lieu aux collections abondantes.

Dans la grande majorité des cas, la guérison s'effectue au bout de 30 à 40 jours. Quelquefois cependant elle a lieu après

15 jours de traitement, comme nous l'indique Fradet ; exceptionnellement, elle se fait attendre plusieurs mois.

Chez les malades que nous avons observés, les résultats suivants ont été constatés :

Observation I. — Début 16 juillet, guérison 30 octobre. Durée : 3 mois et demi environ.

Observation II. — Début 18 juillet, guérison 20 août. Durée : un peu plus d'un mois.

Observation III. — Début 20 septembre, guérison commencement d'octobre. Durée : 15 jours.

Observation IV. — Début 10 août, guérison commencement septembre. Durée : 20 jours.

TERMINAISON. — La terminaison de la maladie se fait presque toujours d'une façon favorable pour le malade, et il y a retour complet et intégral des fonctions du membre. On a pourtant signalé des cas de suppuration au cours de la dysenterie. Nous n'avons eu, pour notre part, aucun fait de ce genre à enregistrer, et nous ne pensons pas qu'on puisse les attribuer à la dysenterie ; il nous paraîtrait plus logique et plus rationnel de les mettre sur le compte d'une autre maladie intercurrente, la variole par exemple, ou toute autre affection de nature infectieuse qui serait venue se greffer sur la dysenterie et la compliquer.

II. — DIAGNOSTIC

Il convient de rechercher maintenant si les arthropathies dont nous venons de donner la description constituent une forme spéciale de la dysenterie, ou bien s'il y a identité de nature entre l'arthrite et le rhumatisme articulaire ordinaire.

Il nous sera facile, croyons-nous, d'après les symptômes cliniques observés, d'après l'allure affectée par la maladie, sa physionomie générale et ses conséquences, de démontrer que l'arthrite dysentérique se distingue très nettement du rhumatisme, avec lequel certains auteurs se sont plu à la confondre.

Et d'abord, l'arthrite dysentérique, nous l'avons vu, est une affection apyrétique. La température prise régulièrement sur nos malades n'est arrivée que dans un seul cas à 39°5, et les auteurs ne signalent pas de réaction fébrile supérieure à ce degré.

Dans le rhumatisme, au contraire, le phénomènes généraux réactionnels sont intenses et durent longtemps. Le thermomètre atteint facilement 40° et dépasse même parfois cette limite, dans les cas graves. La rémission matinale est faible.

La dysenterie avec lésions des jointures ne donne pas lieu à des complications du côté des séreuses du cœur ou du poumon ; du moins les malades qui ont fait l'objet de nos observations n'en ont présenté à aucune époque.

Le rhumatisme, au contraire, détermine souvent des lésions des séreuses.

C'est même, nous devons le dire, une de ses localisations habituelles, et le souffle au premier bruit et à la pointe, qui est caractéristique de l'insuffisance mitrale, est fréquemment constaté.

Dans le rhumatisme ordinaire, le malade a le visage d'un blanc mat, ce qui s'explique par la rapide diminution des globules rouges du sang. La peau présente une teinte anémique particulière. Il a en outre des sueurs généralement très abondantes, exhalant une odeur aigre, qui est due à leur grande acidité.

Rien de pareil chez les malades dont nous publions les observations, pas plus d'ailleurs que chez ceux dont nous par-

lent les divers auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Teinte anémique très faible, amaigrissement à peine appréciable ; sueurs peu abondantes, et se montrant seulement par poussées au moment de l'invasion de la maladie, tels sont les seuls signes et encore inconstants qu'il ait été permis de noter jusqu'ici.

Le rhumatisant voit ses jointures se prendre les unes après les autres. L'affection dont il est atteint est d'une mobilité extrême et n'offre jamais de fixité avec hydarthrose sur une seule articulation. Elle a, au contraire, la plus grande tendance à la généralisation.

Les manifestations arthropathiques de la dysenterie se fixent souvent sur une seule jointure, soit d'emblée, soit consécutivement.

Après une première attaque de rhumatisme, les individus sont sujets, prédisposés à avoir de nouvelles localisations, et l'on sait combien sont fréquentes les récidives dans cette maladie.

Dans la dysenterie, pour que les lésions se reproduisent, il est absolument nécessaire, indispensable même, que le malade soit à nouveau atteint de la même affection. L'influence climatérique est impuissante, à elle seule, à causer tous ces désordres.

Nous savons aussi que le froid, l'humidité, sont les causes occasionnelles les plus habituelles du rhumatisme.

Les manifestations articulaires de la dysenterie n'ont pas besoin, pour apparaître, de ce concours de circonstances, puisque nous savons que des malades ont été pris de ces phénomènes, alors qu'il était tout à fait impossible d'invoquer aucune cause de ce genre.

Tandis que l'individu atteint de rhumatisme éprouve, même après l'attaque, une gêne parfois très notable à mouvoir ses articulations, l'arthritique dysentérique guéri peut faire exécuter, sans la moindre douleur, les mouvements les plus variés à sa jointure.

Nous verrons enfin plus loin, quand nous nous occuperons de la question du traitement, que le salicylate de soude, qui fait souvent merveille dans le rhumatisme, paraît au contraire, quoi qu'en disent certains auteurs, et Mignotte en particulier, avoir ici une action bien médiocre.

Tous les faits que nous venons de passer en revue prouvent surabondamment que les analogies du rhumatisme articulaire aigu avec les lésions articulaires de la dysenterie sont très faibles, de peu de durée, et qu'il suffit d'un examen sérieux pour les faire tomber. Il ne peut être question ici, disons-nous, de rhumatisme, car ce qui précisément le caractérise manque complètement. Ces deux affections ne se ressemblent guère que par le siège qu'elles occupent.

Nous pensons, avec Huette, Bourcy, Tétu et beaucoup d'autres, que l'arthrite de la dysenterie se rapproche beaucoup, par son aspect clinique, de l'arthrite blennorrhagique. Ces deux arthrites évoluent, en effet, sans amener une élévation bien marquée de la température, et on pourrait même dire qu'elles sont apyrétiques. En outre, elles affectent souvent une seule jointure, le genou, par exemple, et s'y cantonnent avec une ténacité parfois remarquable. De plus, elles ne sont pas influencées l'une et l'autre par le salicylate de soude.

Donc, toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'une arthrite, dont la nature nous paraîtra douteuse, nous devons tenir le plus grand compte des antécédents et des symptômes présentés par le malade, de la maladie antérieure après laquelle l'arthrite s'est manifestée, enfin des caractères de cette arthrite. Ce n'est que par élimination que l'on arrivera à poser le diagnostic.

OBSERVATIONS

Observation I

C... (Firmin), sapeur-conducteur au 2^e régiment du génie. Né le 16 juillet 1872, à Lisle (Tarn). Ce militaire est couché au n° 1 de la salle Laënnec, dans le service du professeur Carrieu. La maladie a débuté chez lui par de violentes coliques. Il allait très souvent à la selle, toutes les vingt minutes, mais ne pouvait rien faire, malgré des efforts très fréquents et très énergiques. Il souffrait beaucoup de l'anus, surtout à chaque effort. Dans la nuit, il commence à faire du sang et à rendre des matières glaireuses semblables à du blanc d'œuf. Depuis lors, il va du corps toute la nuit, une fois toutes les quatre ou cinq minutes, pour faire à peine une ou deux gouttes de sang. Les efforts que le malade est obligé de faire chaque fois le brisent.

2 juillet. — Le malade se décide à entrer à l'infirmerie. Les envies continuent, mais cependant avec une fréquence un peu moindre. Il y a aussi un peu plus d'effet produit, mais du sang est rendu en plus grande quantité.

3. — Le malade entre à l'hôpital ; on le couche n° 20 de la salle Laënnec, mais il va si fréquemment aux cabinets, qu'on est obligé de le mettre au n° 1, qui en est beaucoup plus rapproché. Les selles conservent les mêmes caractères. On lui donne de la limonade lactique :

Acide lactique	10 grammes
Sirop de coings . . .	150 —
Eau.	Q. S. p. 1 litre.

4. — Les selles sont bien moins fréquentes (le malade va environ trente fois à la garde-robe dans les vingt-quatre heures); elles contiennent peu de sang et renferment surtout des glaires. On remplace alors la limonade lactique par 6 grammes d'ipéca, administré suivant la méthode brésilienne.

5. — Les selles sont moins nombreuses encore; mais le malade va environ vingt-six fois par jour.

7. — Il n'y a plus de sang dans les selles.

8. — On supprime l'ipéca, que le malade supporte difficilement, et l'on donne de la décoction blanche de Sydenham avec du diascordium que l'on continue les jours suivants.

13. — Il ne va plus qu'une ou deux fois par jour.

15. — Le malade commence à sentir, vers sept à huit heures du soir, une douleur vague dans la hanche droite. Il souffre même couché dans son lit.

Le 16. — Il ne peut quitter le lit sans éprouver de violentes douleurs. Elles sont aussi intenses le jour que la nuit et durent six à huit jours.

Le 19. — La hanche lui fait encore mal, quand le genou gauche commence à le faire souffrir. Celui-ci n'est pas enflé d'abord, mais il est très douloureux. Au bout de trois jours, le gonflement apparaît. Il y a du liquide épanché à l'intérieur. L'épanchement devient rapidement très considérable. Le choc rotulien ne peut être pratiqué, tant la tension du liquide est forte.

La douleur diminue cependant un peu. Elle se manifeste surtout pendant la nuit, et siège principalement au niveau du tendon rotulien et du cul-de-sac sous-tricipital. Elle s'irradie aussi la nuit dans le creux poplité.

Le malade ne peut se tenir sur ses jambes. Cette douleur dure de quatre à cinq jours. On traite par des badigeonnages à la teinture d'iode, par des enveloppements du genou dans de la ouate, et par du salol à l'intérieur à la dose de 1 gramme par jour.

Le 24. — Au genou droit, se montrent les mêmes phénomènes qui se sont passés du côté gauche. L'état est identiquement le même; le traitement suivi est le même aussi.

Le 26. — Le genou gauche reprend plus que jamais; l'épanchement augmente, et, tandis qu'on sent nettement le choc rotulien à droite, il est de nouveau presque impossible de le sentir à gauche, tant est grande la quantité du liquide épanché. Cette exploration n'est pas très douloureuse.

Le 1^{er} août. — Le malade ressent depuis hier une douleur assez forte dans le talon gauche.

Le 2. — Même douleur dans le talon droit, mais plus vive encore.

Le malade nous déclare aujourd'hui que, depuis le 23 ou le 24 juillet, il ressent de légères douleurs dans le coude gauche, mais qu'il n'a pas osé le dire. Ce n'est qu'en voyant un léger gonflement se produire autour, qu'il se décide à faire cet aveu. La douleur l'empêche de porter la main sur la tête. Au bout de cinq ou six jours, durant lesquels on a badigeonné à la teinture d'iode les parties atteintes, toute douleur a disparu, ainsi que tout gonflement.

Le 6. — Le malade a encore les genoux enflés. Un épanchement considérable existe dans le genou droit. On perçoit le choc rotulien sans maintenir les côtés de la jointure avec les mains. Du côté gauche, on ne peut le percevoir qu'avec peine, et en comprimant tout le tour de l'articulation. La douleur est égale des deux côtés, et surtout nocturne.

Le 7. — Les talons sont encore un peu enflés au niveau du tendon d'Achille, qui est douloureux et rouge en arrière et sur les côtés, au-dessous du cou-de-pied, au niveau de la bourse séreuse rétro-calcaneéenne.

Le 8. — Quoique la douleur du coude soit à peu près bolie, il y a encore une raideur considérable de cette articulation.

Toutes les articulations des mains et des pieds sont plus ou moins endolories, et les doigts sont très raides. Durs, légèrement tendus, ils sont un peu douloureux à la pression et les mouvements s'exécutent péniblement. Cet état des mains et des pieds dure environ six à huit jours.

La dysenterie est absolument guérie.

Les genoux sont toujours très enflés.

Le 9. — Le malade se plaint depuis hier d'une douleur à l'articulation sacro-iliaque gauche, mais cette douleur est peu intense.

Le 10. — Les muscles des cuisses commencent à s'atrophier sensiblement. Plus de douleur aux hanches ni à l'articulation sacro-iliaque.

Le 11. — On fait une ponction aspiratrice exploratrice. Le liquide retiré est louche et légèrement hématique. On en fait un ensemencement sur un tube de bouillon et sur un tube d'agar ; on injecte le reste chez un lapin, dans le péritoine. Aucune de ces expériences ne donne de résultat.

Le 14. — La douleur au talon droit s'accuse.

Le 16. — On donne 2 grammes d'antipyrine en 4 cachets. L'état est le même.

Le 18. — On administre 1 gr. 50 de salol à l'intérieur, et on fait des applications de teinture d'iode.

Le 20. — Le malade éprouve des douleurs dans la colonne vertébrale, au niveau de la 5^e ou de la 6^e vertèbre dorsale.

Le 23. — Le genou gauche paraît avoir augmenté de volume. Il a au moins le même volume que le droit. On y applique un grand vésicatoire de 12/12 centimètres avec une petite fenêtre au milieu.

Le 25. — Le malade remarque que son coude gauche ne lui permet pas de plier suffisamment son bras pour arriver au visage. Il met cependant la main sur la tête. Mais quoiqu'il y ait une certaine incursion possible à l'articulation, la

flexion parfaite et l'extension complète sont impossibles. On applique sur le genou gauche 25 pointes de feu superficielles.

On badigeonne à la teinture d'iode et on enveloppe l'articulation avec de la ouate.

1^{er} septembre. — Le volume des genoux va en diminuant. Les talons sont indolores. Les articulations des extrémités sont en très bon état. Seul le coude gauche ne plie pas bien. Le malade se lève, il marche un peu dans la salle, mais, l'atrophie musculaire d'une part, et l'état de ses grandes articulations de l'autre, ne lui permettent pas de marcher vite, ni longtemps, et sans se soutenir sur des béquilles.

3. — Nouveau vésicatoire appliqué au genou gauche, coule abondamment.

8. — La force revient peu à peu. Le malade marche mieux.

Il y a quelques jours, le malade, voyant l'état de son coude gauche, qu'il ne peut étendre comme le droit, prie un de ses camarades de le lui allonger. Celui-ci appuie le coude malade sur son genou, et, saisissant l'avant-bras d'une main, le bras de l'autre, fait levier. Rien ne cède, mais le malade éprouve par cette manœuvre une douleur terrible. Depuis lors, la douleur est constante et très nettement localisée au sommet de l'épicondyle. Il ne paraît pas y avoir d'arrachement osseux, ni de fracture, du moins sensible.

10. — L'état reste le même. On applique 40 pointes de feu légères autour du point douloureux.

12. — La douleur disparaît. On traite alors l'ankylose du coude par le massage jusqu'au moment où le malade sort de l'hôpital.

30 octobre. — Le malade quitte l'hôpital. Il marche bien. Ses genoux, ses hanches, ses pieds sont en bon état. Les mains aussi n'ont rien d'anormal. Le coude gauche est aussi dans un état très satisfaisant, et, quoique ses mouvements soient un peu plus restreints qu'à l'état normal, cette restriction est si

légère, si faible, qu'il faut y prêter une bien grande attention pour la déceler.

Durant toute sa maladie, le malade n'a eu ni complications du côté de l'appareil circulatoire, ni du côté de l'appareil rénal, ni du côté de l'appareil broncho-pulmonaire.

Les antécédents personnels de ce militaire sont excellents. Il n'a jamais été malade antérieurement, et n'a jamais eu de rhumatismes.

Comme antécédents héréditaires, il faut noter que le père de notre malade a eu à trois ou quatre reprises des douleurs rhumatismales. La mère jouit d'une bonne santé, et aucun autre parent n'est rhumatisant.

Observation II

Israël-Émile-Martin Chr..., sapeur-mineur au 2^e génie, né en novembre 1872, à Montaichard (Loir-et-Cher). Malade depuis le 3 juillet. La maladie a débuté par un malaise général et indéfinissable, suivi bientôt après de coliques. Celles-ci, vives et intenses, se font surtout sentir au niveau des angles coliques et du côlon transverse. Diarrhée bientôt après. Le malade a sept à huit selles dans les vingt-quatre heures. Les matières sont comme à l'état normal, mais présentent une teinte jaunâtre.

9 juillet. — Le malade commence à faire du sang ; le nombre des selles est plus grand ; elles sont aussi moins suivies d'effets. Cet état dure pendant trois jours.

12. — Se sentant plus fatigué, ce militaire se fait porter malade à l'infirmerie. On le purge par le sulfate de magnésie.

13. — Le malade ne rend plus que du sang pur.

15. — Le malade est dans le même état. Il a de quarante à

cinquante selles par vingt-quatre heures. Le ténesme et les épreintes sont vaines et très douloureuses. L'anus est très douloureux, et la douleur persiste dans l'intervalle des épreintes. A ce moment, apparaissent de vagues douleurs de tête et des douleurs lombaires.

16. — Le malade commence à rendre des matières glai-reuses. Il va à la garde-robe environ quarante fois par jour. Il entre alors à l'hôpital. On lui donne de la limonade lactique au centième.

18. — Le malade se plaint de douleurs siégeant aux deux genoux, mais plus vives à droite qu'à gauche. Les deux jointures sont un peu enflées. On les frictionne au baume tranquille et on les enveloppe d'ouate.

26. — Le malade ne va plus guère que dix ou douze fois par jour. L'enflure du genou gauche commence à disparaître; celle du genou droit persiste.

31. — Les selles deviennent purement séreuses et accompagnées de l'émission d'un grand nombre de vents. Après les genoux, la hanche droite est atteinte. Une douleur peu intense y siège. Le malade commence à manger un œuf.

1^{er} août. — Dans le cou, en arrière, se montre une douleur assez vive qui dure deux jours et disparaît ensuite. Les mouvements sont aussi libres qu'auparavant.

6. — Le malade ne va plus à la selle que deux ou trois fois dans la journée, et rend de l'eau et des matières. Il mange un peu depuis huit jours, et l'appétit est bien revenu.

Toutes les fois qu'il essaie de fatiguer un tant soit peu, de marcher, il ressent dans le genou droit une douleur assez vive pour le forcer à s'asseoir un instant.

14. — Le malade va beaucoup mieux. Il marche bien, et ne ressent de douleur vague qu'après une fatigue assez considérable. On n'a jamais eu à noter chez lui de troubles du côté du cœur.

Comme antécédents, le malade présente les suivants : vers l'âge de quatre ou cinq ans, il a eu la rougeole. Tous les ans il est malade. En juillet 1893, il a eu une attaque de rhumatisme, qui s'est localisée dans la jambe droite et le cou-de-pied droit, et a duré une vingtaine de jours environ. Il a été soigné ici même à l'hôpital. Ces douleurs rhumatismales n'ont plus reparu.

Antécédents héréditaires. — Le père, depuis quatre ou cinq ans, est atteint de rhumatismes très intenses. Tous les ans, il a des crises durant lesquelles il est forcé de rester au lit pendant quelque temps. La mère est morte, il y a douze ans, de tuberculose (semble-t-il). Du côté des collatéraux, il faut citer un frère qui est un abonné de l'amygdalite et qui est âgé de dix-neuf ans. Il tousse constamment. En outre, deux frères sont morts, l'un âgé de cinq ans et l'autre à huit mois. Enfin, il y a une sœur, âgée de neuf ans, qui paraît assez bien portante, mais qui tousse souvent.

20. — Le malade sort de l'hôpital complètement guéri de ses douleurs articulaires, sans aucun reliquat, et obtient deux mois de convalescence.

Observation III

D... (Joseph), sapeur-mineur au 2^e régiment du génie. Ce malade est couché au lit n° 27 de la salle Laënnec. Le lundi, 17 septembre, à midi, il commence à sentir des coliques et est pris en même temps d'une diarrhée très intense ; mais il avait des envies incessantes d'aller, quoiqu'il ne fit rien ou à peu près.

18 (mardi). — Le malade fait du sang à l'état de pureté, mais en très faible quantité. Les coliques sont tellement vives

qu'elles marquent le trajet du côlon transverse et de l'S iliaque. Les épreintes sont très douloureuses, et le malade souffre beaucoup de l'anús.

19. — Il se fait porter malade, entre à l'infirmerie où il rend encore du sang pur, et quelques matières blanc jaunâtre que le malade compare à de la graisse.

20. — Il entre à l'hôpital. Le malade n'a pas l'aspect d'un malade grave. Il est souriant sur son lit, et peut se lever pour aller à la selle. Par la palpation de l'abdomen, on détermine une douleur très vive dans l'hypochondre gauche, moins vive à l'épigastre et dans le flanc gauche, assez vive dans la fosse iliaque. Le malade rend toujours dans ses selles des graisses et du sang.

21. — Même état. On ordonne de la limonade lactique.

Acide lactique.	10 grammes
Sirop de coings.	150 —
Eau	q. s. pour 1,000

22. — Une légère amélioration se fait sentir. Le malade ne fait plus que des glaires jaunes, striées d'un peu de sang ou des amas de matières fécales grosses comme une amande et de couleur jaunâtre.

Depuis mercredi 19, au matin, on a remarqué sur les doigts, et seulement sur la face dorsale, une série de petits points blanchâtres en saillie. Ces élevures sont entourées d'une légère auréole, à peine rosée, disparaissant à la pression. La forme de ces élevures est absolument irrégulière. Elles sont au nombre d'une dizaine sur chaque doigt.

Peu après, dès le jeudi 20, il ressent, dans les articulations des genoux, des tiraillements qu'il attribue à la fatigue causée par l'action d'aller à la selle constamment.

Le vendredi 21, les genoux deviennent plus douloureux, quoiqu'on ne puisse pas constater d'enflure sensible. La dou-

leur est suffisante pour que le malade, descendu du lit, soit obligé, pour se tenir debout, de s'appuyer sur le lit.

Peu à peu cette douleur s'amoin-drit, et, au bout de cinq à six jours, elle a complètement disparu. En même temps, commence à se montrer dans les coudes une douleur d'abord très vague, qui semble ensuite devenir plus aiguë et se localiser dans le coude droit. Elle est surtout vive quand le malade exécute quelque mouvement.

Vers le 30, la douleur n'était guère sensible, ayant diminué peu à peu au point de disparaître.

Quelques jours après, le malade sort de l'hôpital absolument guéri de sa dysenterie, et n'éprouvant plus de souffrances.

On n'a rien trouvé du côté du cœur.

Comme antécédents personnels, le malade avait souvent la diarrhée, même avant d'entrer au régiment, et a eu une fois le tœnia, étant au lycée. N'a jamais eu de rhumatisme ni d'autre affection, à part celles que nous venons de signaler.

Les antécédents héréditaires sont excellents. Le père et la mère sont vivants, et tous deux bien portants. Il n'y a jamais eu de rhumatismes dans la famille. Le malade a une sœur qui est en bonne santé.

Observation IV

Th..., sapeur au 2^e génie, occupe le n° 8 de la salle Laënnec. La maladie a commencé le 23 ou le 24 juillet, par des coliques. Le malade est en proie à des envies incessantes d'aller à la selle, que, malgré des efforts énergiques et très pénibles de défécation, il ne peut satisfaire. Il va à la garde-robe jusqu'à 60 fois dans les 24 heures, mais ne fait que très peu de chose. Les selles renferment beaucoup de sang.

Le 30 juillet, le malade entre à l'infirmerie, où il ne reste qu'un jour.

31. — Il entre à l'hôpital. Le malade souffre beaucoup du ventre. On lui donne de la limonade lactique et des pilules d'opium. Après la limonade lactique, la dysenterie s'est amendée. On la remplace alors par une potion à l'ipéca, administrée suivant la méthode brésilienne.

Le malade va à la selle de 25 à 30 fois par jour. La douleur du ventre a beaucoup diminué.

6 août. — Le malade va à la selle encore 30 fois dans les 24 heures. On continue la potion à l'ipéca.

7. — Même état. Même traitement.

8. — Il va encore une vingtaine de fois. Des douleurs se montrent au genou droit.

9. — On remplace l'ipéca par la décoction blanche de Sydenham.

10. — On supprime la limonade lactique et on donne du salol à l'intérieur. Le malade souffre beaucoup de l'abdomen. On fait des frictions au baume tranquille laudanisé. On constate un gonflement du genou droit.

11. — La fièvre a diminué. 22 selles. On donne du potage comme alimentation.

12. — On administre 1 gramme de calomel.

13. — Le calomel ne fait point d'effet et les selles atteignent le chiffre de 33.

16. — On purge le malade avec du sulfate de soude. La douleur du genou disparaît.

20. — Limonade lactique.

4 septembre. — Le malade sort de l'hôpital, guéri de ses douleurs articulaires et de sa dysenterie.

Antécédents héréditaires. — Ils sont bons. Il n'y a pas de tare dans la famille.

Antécédents personnels. — Ils sont nuls, le malade avoue n'avoir jamais été atteint d'aucune affection.

Observation V

(Empruntée à la thèse de doctorat de Tétu, de Paris)

Dysenterie : vingt jours après le début, hydarthrose du genou droit — Vingt-trois jours après celle-ci, quinze jours après la guérison complète de la dysenterie, nouvelle hydarthrose au genou gauche.

Le nommé V... (François), âgé de trente-huit ans, employé de commerce, né à St-Dizier (Loire), est entré le 15 octobre 1875 à la Pitié, salle Ste-Marthe, n° 36, service de M. le docteur Desnos.

Cet homme fournit les renseignements qui suivent sur ses antécédents : habitant Paris depuis douze ans, il a eu, deux mois après son arrivée dans la capitale, une fièvre typhoïde dont il s'est très bien guéri, après avoir toutefois éprouvé, à la suite, divers troubles gastro-intestinaux.

Il déclare être à présent convalescent d'une dysenterie qui a commencé le 12 septembre, pour se terminer complètement le 9 octobre, et qu'il caractérise ainsi : au début, sans cause appréciable, il a été pris de coliques très violentes, avec diarrhée ; bientôt survinrent des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, et les évacuations étaient alors composées de matières glaireuses mêlées de sang, et même de sang pur ; Elles étaient accompagnées d'épreintes très douloureuses dans le fondement, se propageant à la vessie, et l'urine était rendue en très petite quantité. Le ténesme était excessivement pénible. Les matières, très fétides, étaient très peu abondantes ; souvent même le malade, obéissant à ces fausses envies, ne pouvait rien évacuer ; mais les souffrances n'en étaient pas moins atroces. Et ces besoins d'aller à la selle se sont fait sentir pendant quelques jours, au dire du malade, jusqu'à 50 fois en 24 heures. Pendant les dix premiers jours,

les coliques et les épreintes étaient très violentes. Mais, à partir de ce moment, c'est-à-dire vers le 22 septembre, les symptômes douloureux et les évacuations ont été en diminuant, jusqu'au 9 octobre, époque où le malade est complètement guéri, n'ayant plus qu'une selle en 24 heures, et les matières étant alors tout à fait normales. La miction redevient également plus facile et plus abondante.

Ces symptômes : douleurs, épreintes, ténesme, et la nature, ainsi que le nombre des selles, sont, sans contredit, bien caractéristiques de la dysenterie.

Soigné en ville, le malade a pris du bismuth en grande quantité; on lui a donné une fois de l'ipéca.

Du côté des antécédents héréditaires, voici ce qu'il y a à noter : père âgé de soixante-treize ans, bien portant, a eu plusieurs fluxions de poitrine. Jamais d'attaque de goutte, ni de rhumastisme articulaire aigu; jamais d'accès d'asthme. Mère morte d'un rétrécissement de l'œsophage? Un frère et une sœur bien portants. Femme morte de pneumonie, pas d'enfant.

Aujourd'hui, 16 octobre, nous trouvons cet homme présentant le visage pâle, et d'une teinte encore un peu terreuse, disant avoir beaucoup maigri à la suite de cette dysenterie, mais ayant à présent repris bon appétit et toutes les apparences de la santé; d'une constitution assez bonne, et ne présentant aucun des attributs du tempérament lymphatique.

L'examen de l'appareil respiratoire ne fait constater rien d'anormal, de même que l'examen du foie et de l'abdomen. Les bruits du cœur sont tout à fait normaux, et cet homme dit n'avoir jamais ressenti de palpitation.

Il affirme n'avoir jamais souffert d'aucune douleur dans les articulations, n'avoir jamais eu de gonflement dans aucune jointure, ni autour des malléoles.

On ne trouve aucune trace de syphilis, pas plus que de blen-

norrhagie antérieure ou actuelle ; aucune manifestation diathésique, rhumatismale ou goutteuse.

Enfin, ce qui amène actuellement cet homme à l'hôpital, c'est un gonflement de l'articulation du genou droit. On constate, en effet, que cette région est assez fortement tuméfiée ; les méplats que l'on trouve à l'état normal, de chaque côté de la rotule, sont au contraire ici remplacés par des bosselures arrondies, saillantes ; l'articulation est distendue par un épanchement liquide abondant, et l'on perçoit très nettement la fluctuation, par la manœuvre classique exécutée sur la rotule. Et, dans ces mouvements de pression sur la rotule, on sent le choc sur les condyles fémoraux, mais on n'entend aucun bruit pouvant faire soupçonner la présence de corps étrangers articulaires.

Le genou est le siège de quelques douleurs sourdes, très légères, surtout à la partie interne. Il n'y a pas de réaction locale. Les téguments ont conservé leur teinte normale. Les symptômes généraux sont absolument nuls ; pas de fièvre, pas de sueur comme dans le rhumatisme commun. Aucune autre articulation ne présente rien d'anormal.

Interrogé avec instance, le malade précise d'une manière formelle le début de la tuméfaction et de l'endolorissement de son genou, et dit que c'est dans les premiers jours d'octobre, alors que déjà les évacuations dysentériques et les douleurs avaient beaucoup diminué, qu'il a ressenti des picotements dans la jointure, et que tout de suite il a remarqué que son genou avait grossi, et qu'il était plus chaud que l'autre. Les évacuations dysentériques et le ténesme ont encore persisté, en se modifiant toutefois assez rapidement pendant six à huit jours après l'apparition du gonflement du genou.

Il est bon de noter que la tuméfaction et la douleur surtout étaient assez peu marquées pour ne pas empêcher cet homme de recommencer à vaquer à ses occupations, c'est-à-dire à

faire quelques courses en voiture, aussitôt que la dysenterie le lui permet. Ce n'est que vers le 11 octobre qu'il est assez fatigué pour être obligé de garder le lit.

Cet homme, qui donne tous ces renseignements avec beaucoup d'intelligence, ajoute aussi qu'il ne se souvient pas avoir éprouvé de refroidissement bien sensible en allant aux cabinets, car il ne sortait pas de son appartement ; de même qu'il est bien sûr de ne s'être point contusionné le genou ; et, en effet, on ne trouve sur la région aucune trace de contusion.

Le traitement consiste, après avoir placé le membre dans une gouttière, en l'application d'un large vésicatoire circulaire laissant la rotule à nu. On prescrit le repos absolu au lit.

Le lendemain 17, le vésicatoire est enlevé, et on constate que l'épanchement à un peu diminué. Le malade urine très bien, assez abondamment, sans douleurs, l'urine ne présente aucun sédiment.

Les jours suivants, le même état se maintient, sans que toutefois l'épanchement paraisse diminuer bien sensiblement.

23 octobre. — Le genou gauche est pris à son tour. Le malade dit avoir éprouvé la veille quelques douleurs. On trouve, en effet, l'articulation gonflée, remplie d'un épanchement liquide presque aussi abondant que de l'autre côté. Ce qui n'empêche pas le genou droit, le premier pris, de rester toujours aussi tuméfié, c'est-à-dire qu'il n'y a pas délitescence, migration comme dans le rhumatisme articulaire commun. Les ligaments du genou conservent leur teinte normale ; il y a à peine un peu de chaleur locale ; — pas de fièvre, pas de symptômes généraux. Les bruits du cœur sont toujours absolument normaux.

Le malade n'a pas quitté son lit depuis son entrée à l'hôpital ; il se sert d'un bassin.

Comme traitement, on se borne à faire des applications de baume tranquille sur la jointure, et à envelopper le membre d'ouate.

25. — La tuméfaction persiste toujours. Le liquide est encore très abondant des deux côtés. On fait sur les deux genoux des badigeonnages à la teinture d'iode, en évitant la rotule.

28. — Les applications de teinture d'iode sont suspendues.

30. — Le liquide est toujours abondant. On reprend les badigeonnages iodés.

2 novembre. — Le liquide a dès lors diminué d'une manière bien notable:

Les articulations sont tout à fait libres et les mouvements ne sont nullement douloureux. On ne constate pas d'épaississement des tissus périarticulaires, pas de frottement, ni de craquement, ni de raideur. Le malade se sent cependant faible sur ses jambes. On lui permet de se lever pour se mettre sur un fauteuil.

Les applications iodées seront encore faites tous les jours.

19 novembre. — On constate qu'il reste toujours un peu de liquide dans les deux articulations. La desquamation épidermique oblige de supprimer les applications iodées.

17. — La marche est facile: le genou droit ne contient plus de liquide; le gauche en renferme encore un peu.

Douches de vapeur sur les deux genoux, trois fois par semaine.

25. — Le liquide a disparu complètement des deux côtés; le malade marche très bien, sans éprouver de raideur ni de faiblesse; néanmoins, on l'engage à rester encore quelques jours à l'hôpital pour assurer la guérison.

2 décembre. — Le malade est encore à l'hôpital à cause de la rigueur de la température; mais il se lève toute la journée, sans éprouver de fatigue. On peut donc le considérer comme complètement guéri, et les rechutes ne semblent plus à craindre.

Observation VI

(Empruntée à la thèse de FRADET, 1884)

Dysenterie légère. — Cinq jours après, début d'arthrite, occupant successivement presque toutes les grandes articulations. — Localisation sur les deux genoux. — Durée plus de deux mois.

G..., 2^e soldat au 12^e d'artillerie, âgé de vingt-trois ans, a eu au commencement d'août une dysenterie légère, traitée à l'infirmerie. Il avait une dizaine de selles par jour, toutes précédées de coliques assez fortes. Elles étaient glaireuses et n'ont contenu du sang, en petite quantité, que pendant une seule journée. Cette dysenterie, qui n'a duré que huit jours environ, s'est terminée le 7 août. Cinq jours après sa guérison, le 12 août, il éprouva de la gêne dans la marche ; son cou-de-pied droit est enflé ; le lendemain, le genou gauche se prend ; le 14, le pied gauche se prend aussi, et c'est alors qu'il est envoyé à l'hôpital, salle 17, lit 2.

15 août. — Les trois articulations sont douloureuses, surtout les tibio-tarsiennes, qui offrent de la tuméfaction et une teinte rosée de la peau à leur niveau.

Le genou est augmenté notablement de volume et contient du liquide. La peau de cette région a une coloration normale. Les douleurs sont surtout produites par la pression et les mouvements. La fièvre est modérée, et la température est à 38°3. Le pouls compte 30 pulsations à la minute, l'appétit est diminué.

Cet homme, qui n'a pas d'antécédents rhumatismaux, ni personnels, ni héréditaires, n'a pas d'écoulement. Il ne s'est ni refroidi, ni fatigué.

Le traitement suivi est le suivant : salicylate de soude 6 gr., enveloppement ouaté, avec liniment camphré opiacé.

Jusqu'au 22 août, l'état ne se modifie pas ; les articulations

sont toujours tuméfiées; l'hydarthrose du genou a fait des progrès. Les douleurs sont très modérées.

La température oscille autour de 38°, mais n'atteint que deux fois 38°6.

23 août. — Le poignet droit est tuméfié, douloureux, pas de réaction.

La température du matin est de 37°2, celle du soir de 38°6.

24. — Même état des articulations déjà malades, mais le poignet gauche se prend à son tour de la même façon.

Température du matin, 37°6; celle du soir, 37°4.

25. — Le coude droit est tuméfié. Pas de rougeur de la peau, douleur assez vive.

Température du matin, 37°2; température du soir, 38°6. Pouls, 80°.

Continuation du même traitement.

27 août. — Le coude gauche devient le siège d'une nouvelle arthrite identique à celles des autres jointures. Le genou droit est également douloureux et contient un peu de liquide. Le thermomètre marque : matin, 37°2; soir, 37°8. Le pouls est à 75.

28. — Les mouvements de l'épaule gauche sont devenus très pénibles; on ne constate aucun gonflement à ce niveau. T. : matin, 36°8; soir, 37°4. Pouls : 70.

29. — L'épaule droite est prise, elle aussi. Le malade souffre de toutes ses articulations et remue difficilement le membre supérieur. Les premières articulations affectées sont, à peu de chose près, dans le même état qu'au début. Les douleurs sont cependant moins vives, et, lorsque les mouvements sont suspendus, il éprouve plutôt un sentiment de pesanteur. Malgré le nombre des articulations atteintes, la fièvre est toujours modérée (matin, 37°6; soir, 39°2) et l'état général satisfaisant.

30. — A partir de ce jour, une légère amélioration se fait

sentir dans les jointures, excepté les deux genoux et le cou-de-pied droit. L'état général est bon, l'appétit assez conservé; il n'a pas de sueurs. La température ne s'élève pas au-dessus de 37°5. On remplace le salicylate par 1 gramme d'iodure de potassium; les genoux sont immobilisés.

10. — Les articulations des membres supérieurs sont complètement dégagées, à part un peu de gêne dans les mouvements. Les genoux et le cou-de-pied droit ne se modifient pas et contiennent toujours beaucoup de liquide.

20. — L'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit est tuméfiée et douloureuse. Le cou-de-pied ne contient presque plus de liquide, mais l'épanchement persiste dans les deux genoux et est surtout abondant à droite. Les autres jointures ont recouvré leurs fonctions. On ne constate aucune complication du côté du cœur.

8 octobre. — Le cou-de-pied est guéri. L'hydarthrose du genou gauche est à peu près disparu. Mais la pression le long des ligaments latéraux provoque toujours un peu de douleur. L'état du genou droit ne se modifie pas. Il n'existe pas de mobilité anormale dans ces jointures. Les mouvements ne sont gênés que par la douleur, légère du reste, qu'ils provoquent. Même traitement. Vésicatoire sur le genou droit.

14. — Le malade commence à se lever et à marcher un peu. Le genou gauche est à peu près guéri. L'épanchement du droit a un peu diminué. Malgré son long séjour au lit, le malade n'est pas trop anémié, mais ses jambes, et surtout ses cuisses, sont notablement atrophiées.

Observation VII

(Empruntée, comme la précédente, à la thèse du D^r FRADET)

Dysenterie légère. — Trois jours après la guérison, arthrite des épaules, puis des genoux ; persistance de celles-ci pendant près de deux mois.

M... (Amédée), 2^r soldat au 4^e de ligne, âgé de vingt-quatre ans. A eu la dysenterie pendant une quinzaine de jours ; à partir du commencement d'août, cinq ou six selles glaireuses par jour, avec ténésme modéré et coliques peu violentes. Il ne croit pas avoir rendu de sang. Trois jours après que tout phénomène diarrhéique avait cessé, le 17 août, il éprouve subitement de la douleur dans les épaules, mais sans gonflement apparent.

19 août. — Les deux genoux deviennent gros et douloureux. Il entre à l'hôpital le 21 août, salle 15, lit n^o 3.

21. — Les épaules, dont les douleurs sont du reste peu intenses et qui peuvent encore exécuter des mouvements sans trop de peine, n'offrent aucun changement de volume ni de coloration. Les genoux, en revanche, sont très tuméfiés, il existe de l'œdème péri-articulaire et un épanchement abondant dans l'articulation. La peau est légèrement plus chaude et plus colorée. Il n'y a pas à noter de phénomènes généraux. La fièvre est modérée. La température est de 38°6 et le pouls compte 90 pulsations. Le traitement employé consiste à donner du salicylate de soude à la dose de 6 grammes. On enveloppe le membre dans un pansement ouaté, après friction avec un liniment opiacé. Cet homme, qui ne s'est pas refroidi, n'est pas rhumatisant, pas plus d'ailleurs que ses parents, et affirme n'avoir jamais été atteint de blennorrhagie.

Cet état ne se modifie pas pendant plusieurs jours. La température, qui s'est maintenue jusqu'au 25 août autour de 38°, et qui est même montée, le 23 et le 27, à 39°, descend peu à peu,

et, à partir du 30 août, oscille autour de 37°. A cette date, les douleurs des épaules ont disparu, mais les genoux contiennent toujours autant de liquide et font souffrir le malade dans ses mouvements. Pas de sueurs, les urines ne déposent pas et ont une coloration et une composition normales. On ne constate en outre aucune complication cardiaque.

3 septembre. — Les genoux sont encore dans le même état. Les poignets sont devenus le siège de légères douleurs, mais on ne trouve pas de gonflement ni de rougeur. On remplace alors le salicylate de soude par 1 gramme d'iodure de potassium.

8. — Les poignets ont recouvré leurs mouvements. Les genoux contiennent cependant toujours la même quantité de liquide. L'épanchement du genou gauche, semble avoir légèrement diminué. On applique alors un vésicatoire sur les deux articulations envahies par l'hydarthrose.

Peu à peu, les deux collections liquides se modifient et tendent à disparaître; celle du côté gauche plus rapidement que celle du côté droit, et, le 10 octobre, il n'existe plus qu'un peu de gêne dans le genou droit. Les deux épanchements sont à cette époque complètement résorbés.

Ce militaire sort de l'hôpital, le 14 octobre, et part en congé de convalescence, très peu affaibli, mais avec une légère atrophie des deux cuisses.

III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

I. — ÉTIOLOGIE

Les auteurs anciens étaient loin de s'entendre sur les causes productrices de l'arthrite survenant après la dysenterie, et les opinions les plus divergentes se sont fait jour à ce sujet. Zimmermann attribuait ces lésions au lait chaud, ou à une médication malentendue, et Thomas (de Tours) au blanc d'œuf. On sait aujourd'hui que la cause unique, nécessaire, efficiente de l'arthrite dysentérique est la « dysenterie elle-même », se présentant dans certaines conditions. Mais ces conditions sont entièrement inconnues pour nous, tout comme la nature particulière de la constitution médicale régnante, à laquelle on a voulu faire jouer un grand rôle dans la production de ces arthrites. On ne peut guère à bon droit incriminer ici, comme on le fait pour le rhumatisme, le froid ou l'humidité; les malades, dans certains cas, en effet, ne sont pas sortis de la salle d'hôpital ou ont gardé constamment leur lit, et n'ont pu par conséquent être exposés à l'action de ces agents extérieurs.

En outre, nous devons faire remarquer que les accidents sont survenus dans les mois de juillet et août 1894, c'est-à-dire à une époque peu favorable au développement du rhumatisme.

On a invoqué aussi, comme cause, une diathèse rhumatis-

male jusque-là latente, et ayant attendu pour se développer une dépression générale de l'organisme. Cette théorie n'est pas soutenable et doit être repoussée, car elle n'explique qu'un fort petit nombre de cas. Deux seulement des malades de M. Huette avaient des antécédents rhumatismaux, soit héréditaires, soit personnels. Quinquaud n'a jamais noté le rhumatisme chez aucun de ses malades. Bien que deux sur quatre de nos sujets fussent manifestement rhumatisants par leurs parents ou par eux-mêmes, il semble rationnel d'admettre pour les arthropathies consécutives à la dysenterie, non pas une simple coïncidence, mais une relation de cause à effet. L'âge, le sexe, le tempérament, ne paraissent pas exercer une influence bien grande sur la production et le développement de l'arthrite. Les observations contemporaines les plus nombreuses ont été faites dans l'armée, et les nôtres ont trait aussi à des militaires. Mais les femmes n'en sont point indemnes, et Quinquaud en rapporte deux observations dans son mémoire. Aucun âge n'est complètement à l'abri de ces accidents, que l'on a surtout observés entre treize et cinquante-six ans.

Le traumatisme, le surmenage, toutes les circonstances en un mot qui affaiblissent l'organisme, et créent des lieux de moindre résistance, peuvent vraisemblablement aussi favoriser le développement de l'arthropathie. Ne sait-on pas, en effet, qu'après l'inoculation, chez un animal, du bacille de la tuberculose, il suffit d'un choc portant sur une articulation pour y faire naître une arthrite tuberculeuse ?

Exceptionnelle dans l'endémie grave des tropiques, « l'arthropathie dysentérique », suivant MM. Kelsch et Kiener, ne survient guère que dans certaines épidémies des climats tempérés, et sa fréquence est variable selon les épidémies :

Ainsi : Lecard, épidémie de la Rochelle, 1873-74, en rapporte 8 cas.

Aron, épidémie de Joigny, 1876, en rapporte 4 cas.

Moly, épidémie de Bourges, 1882, en rapporte 2 cas.

Fialho, épidémie de Saint-Germain-en-Laye, 1884, en rapporte 3 cas.

Fradet, épidémie de Vincennes, 1884, en rapporte 18 cas.

Bertrand, épidémie de Toulon, 1888, en rapporte 9 cas.

II. — NATURE ET PATHOGÉNIE DES LOCALISATIONS ARTICULAIRES DE LA DYSENTERIE

Après avoir démontré l'existence incontestable et incontestée des manifestations articulaires de la dysenterie, il nous reste à en déterminer la nature. Nous ne nous dissimulons pas la difficulté de notre tâche, et nous ne prétendons point éclairer d'un jour nouveau la pathogénie d'une question sur laquelle on a de tout temps discuté, et que les progrès accomplis dans ces derniers temps par l'anatomie et la physiologie pathologique n'ont pas réussi à élucider. Nous voulons simplement donner un aperçu des diverses théories émises, et montrer comment on peut expliquer logiquement la production de l'arthrite.

La première théorie émise au sujet des lésions articulaires de la dysenterie fut celle de la métastase. Les auteurs anciens voyaient dans la dysenterie un rhumatisme de l'intestin, et Stoll, Zimmermann, Thomas (de Tours) croyaient que l'arthrite et la dysenterie étaient unies entre elles par les liens les plus étroits. Ces deux maladies ont, d'après eux, la même cause matérielle et diffèrent seulement par la forme. La transformation de l'une en l'autre est facile et même naturelle. Il y a passage, transport du principe dysentérique de l'intestin dans l'articulation, il y a métastase, et réciproquement. Le mal change simplement de place. Dans le premier cas, le flux

intestinal s'atténue, ou disparaît même d'ordinaire complètement ; dans le second, la dysenterie survenant, les phénomènes articulaires cessent. Le froid serait, pour ces auteurs, l'unique cause de l'arthrite : « On n'a jamais observé, nous dit Stoll, cette affection que chez des sujets qui s'étaient exposés à un refroidissement après avoir été en sueur. »

La théorie de la métastase a fait aujourd'hui son temps et doit être complètement abandonnée, car elle est plutôt le simple énoncé d'un fait clinique que l'explication pathogénique de ce fait.

Elle est d'ailleurs impuissante à expliquer un certain nombre de cas. Peut-on l'invoquer, par exemple, quand, le rhumatisme survenant au cours de la dysenterie, celle-ci suit toujours sa marche sans subir la moindre modification ? Malgré son insuffisance, cette doctrine trop exclusive fut cependant tenue en honneur jusqu'à Delioux de Savignac et Trousseau. Le premier de ces auteurs fait des manifestations articulaires dysentériques une complication de rhumatisme ou de symptômes rhumatoïdes, tandis que Trousseau les considère comme une forme clinique de la maladie : la forme rhumatismale.

Si cette théorie était admise, il faudrait décrire dans chaque affection une forme spéciale pour chacune de ses complications.

En 1869, paraît un important travail dû au docteur Huette, dans lequel l'auteur émet, au sujet de l'arthrite dysentérique, des idées opposées à celles de ses devanciers. Pour lui, « l'inflammation du côlon et du rectum n'est pas suffisante pour expliquer à elle seule les manifestations articulaires, et il admet, en outre, l'influence spéciale de conditions épidémiques encore inconnues, d'une constitution médicale particulière et d'une diathèse individuelle. De plus, l'arthrite dysentérique diffère notablement du rhumatisme vulgaire, et présente, au contraire, par sa marche, ses causes, ses consé-

quences, une grande analogie avec le rhumatisme blennorrhagique. Et M. Huette explique ces rapports des deux affections par « l'affinité morbide qui, les muqueuses étant malades, détermine des effets pathologiques réflexes sur les autres tissus de l'économie. »

Cette théorie sympathique de Huette ne nous paraît pas reposer sur un fondement bien solide et ne satisfait pas l'esprit. Nous reconnaissons volontiers qu'il y a, soit comme symptômes, soit comme processus, de grandes ressemblances entre l'arthrite de la dysenterie et celle de la blennorrhagie, et il ne viendra aujourd'hui à l'idée de personne de nier leur commune origine infectieuse, mais nous ne pouvons admettre la doctrine de l'affinité morbide, pas plus d'ailleurs que les conditions épidémiques, la constitution médicale particulière et l'état diathésique.

D'abord, si les arthropathies étaient le résultat fatal et nécessaire d'un réflexe intestinal, on verrait ce mécanisme se produire plus souvent. De plus, de semblables complications apparaîtraient, toutes les fois que la muqueuse de l'intestin serait le siège d'une ulcération quelconque, enfin les dysenteries les plus graves ne suivraient pas leur évolution sans donner lieu, comme cela arrive quelquefois, à des désordres de cette nature.

En second lieu, il est des exemples dans lesquels les conditions épidémiques particulières dont parle Huette n'ont pas à intervenir, ceux par exemple où l'arthropathie survient dans un cas isolé de dysenterie, ou bien encore à la suite de la dysenterie chronique.

Quant à l'argument tiré de la diathèse rhumatismale, il n'a pas, selon nous, de valeur scientifique bien grande, car la majeure partie des malades observés n'avaient jamais eu de rhumatismes.

Le Dr Quinquaud, dans une étude critique fort intéressante

sur les *Manifestations rhumatoïdes de la dysenterie*, se demande quel rang doit occuper cette arthropathie dans le cadre nosologique. Il ne croit pas que la dysenterie prédispose à ces arthrites, et qu'elle en soit la cause, au même titre que le froid pour le rhumatisme. Plus loin, il décrit le cachet particulier de l'affection, sa marche très lente, sa fixation en fin de compte sur une seule jointure. Dire qu'il s'agit là, écrit-il, d'un rhumatisme articulaire, ce serait soutenir qu'une maladie à localisation bien déterminée peut engendrer une diathèse, un rhumatisme, ce serait la rougeole engendrant la phtisie.

Pour lui, les manifestations arthritiques sont purement et simplement des symptômes, sous la dépendance seule de la dysenterie.

Nous ne pensons pas que l'on puisse considérer une telle lésion, occupant tantôt une jointure, tantôt une autre, et y déterminant un épanchement plus ou moins considérable, comme un symptôme de la dysenterie. S'il en était ainsi, la dysenterie aurait une marche bien bizarre et bien capricieuse, et le symptôme signalé serait exceptionnel et bien inconstant. Notre avis est, au contraire, que ces accidents, si étroitement unis à la maladie primitive, présentent des caractères particuliers qui leur sont propres quant à leur nature et à leur cause, qui en font une arthrite spéciale.

Le docteur Tétu, dans sa thèse inaugurale sur l'arthrite dysentérique, après avoir repoussé la théorie de la métastase et rejeté l'hypothèse de l'affinité morbide si ardemment soutenue par Huette, cherche à saisir la condition intime du développement de ces arthrites, ou l'agent pathogène par lequel la lésion de l'intestin va produire ces manifestations éloignées. « La lésion spéciale de la muqueuse intestinale, qui est dépouillée de son épithélium, souvent ulcérée, et quelquefois gangrenée, suffit pour produire cette infection générale

qui retentira sur les articulations. » Il y aurait absorption et transport d'un virus à travers les voies circulatoires, et par tant, intoxication du sang par les matériaux morbides venus de la muqueuse malade. « L'affection n'est pas, suivant Tétu, diathésique, elle est septicémique. » Cette intoxication pyohémique du sang par le fait de la lésion de la muqueuse intestinale donne lieu aux manifestations articulaires

Cette théorie de l'absorption purulente, due au professeur Lasègue, paraît assez séduisante, et d'une grande simplicité, mais demeure cependant passible de sérieuses objections, et ne donne pas une explication bien claire de tous les phénomènes. D'abord, nous ne voyons pas très bien la relation qui existe entre l'absorption du pus et l'apparition de l'arthrite. Sans doute le poison dysentérique a son siège primitif dans l'intestin, mais rien ne nous indique la voie qu'il suit pour pénétrer jusqu'aux articulations. En second lieu, nous savons que, quand du pus va se former en un point de l'organisme, il y a toujours des phénomènes généraux bien marqués. Le malade est en proie à des frissons violents, la température est excessive et s'accompagne de périodes d'apyrexie complète. L'adynamie est en outre considérable. Rien de semblable dans l'apparition de l'arthrite dysentérique. Celle-ci, en effet, revêt une marche subaiguë, les phénomènes fébriles sont faiblement accusés, et souvent même n'existent pas.

En outre, on devrait trouver souvent du pus dans les articulations atteintes. Or nous savons que les ponctions exploratrices ont toujours donné à cet égard des résultats négatifs. Dans deux cas cependant on signale la suppuration au cours de la dysenterie : l'un a été rapporté par Picqué à la Société de chirurgie (1894); l'autre, plus ancien, a été relaté par Thomas (de Tours), mais dans celui-ci, il faut bien le reconnaître, une maladie intercurrente, de nature essentiellement infectieuse, la variole, était venue se greffer sur la dysenterie.

Nous ne pouvons guère aussi accorder beaucoup de crédit à la théorie de Fradet qui, « sans croire à une connexion sympathique entre les différents organes, à une solidarité existant entre chaque cellule du corps, admet vraisemblablement que l'état pathologique de certaines muqueuses donne naissance à des phénomènes réflexes qui se manifestent par une affection qu'on pourrait classer près du rhumatisme. » Ces faits ne sont rien moins que prouvés, et nous avouons ne pas trop saisir comment un réflexe, partant de l'intestin et passant vers la moelle, peut aller produire un épanchement articulaire. Il ne faut voir, selon nous, dans les idées exposées par Fradet, que de pures hypothèses, une simple vue de l'esprit.

Nous repoussons enfin, avec la plus grande énergie, l'assimilation faite par Mignotte, dans sa thèse (1890), de l'arthropathie dysentérique au rhumatisme vulgaire, et nous pensons que l'erreur commise par cet auteur provient surtout de ce fait, que les malades dont il rapporte l'histoire avaient tous des antécédents rhumatismaux, soit héréditaires, soit personnels.

Le moment nous semble venu de rechercher l'interprétation la plus plausible qu'il convient de donner de ces lésions. Dans quelle catégorie ranger cette singulière affection? Quelle étiquette lui donner?

Nous ne croyons pas que l'on puisse, à juste titre, appliquer à ces manifestations morbides le nom de rhumatisme, car il existe entre ces deux affections des différences fondamentales, et la dénomination de pseudo-rumatisme nous paraît de beaucoup préférable. La différence établie entre le rhumatisme vrai et le pseudo-rumatisme se retrouve dans les travaux de divers auteurs: « La première différenciation fut tentée par Senator (1878); en étudiant l'action de l'acide salicylique, il remarqua que les rhumatismes secondaires résistaient

à cette médication, alors qu'elle améliorait très rapidement le vrai rhumatisme articulaire aigu, protopathique ; mais c'était là une simple différenciation d'ordre thérapeutique. »

« Le professeur Bouchard, dans son cours de la Faculté (1879-80), puis dans la thèse de son élève Bourcy (1883), établit une distinction capitale qui a laissé une empreinte profonde dans l'histoire des rhumatismes, en classant ce qu'il appela les pseudo-rhumatismes infectieux ; arthropathies toujours secondaires à une maladie infectieuse donnée, n'ayant aucune relation étiologique nette avec le froid humide ; arthropathies caractérisées par de grosses lésions (synoviales, cartilages, squelettes), capables de suppurer, se terminant fréquemment par ankylose, s'accompagnant de phénomènes généraux plus ou moins graves (état typhoïde, albuminurie et néphrite) ; le plus habituellement sans localisations cardiaques ; sans amélioration, enfin, par le salicylate de soude. De par ces caractères, les pseudo-rhumatismes infectieux devaient être séparés du rhumatisme de Bouillaud : cette différenciation fut acceptée par les classiques ; à l'heure actuelle elle reste intacte. »

La distinction a donc pu être faite d'une façon assez schématique, en se basant sur l'étiologie, sur l'anatomie pathologique et la symptomatologie des deux ordres de rhumatismes.

D'une façon générale, les caractères du pseudo-rumatisme sont assez nets, pour permettre quelquefois ce diagnostic en clinique, basé sur la symptomatologie et indépendamment de la condition étiologique. Dans le pseudo-rumatisme, la cause, c'est-à-dire l'infection, ne peut pas toujours être nettement affirmée, mais cela n'indique pas qu'elle fasse défaut. En effet, dans les pseudo-rhumatismes, « il faut une infection déterminée, bien classée ; et secondairement l'arthropathie se montre ou peut se montrer.

L'évolution de cette arthropathie est évidemment bien spéciale (localisations mono ou poly-articulaires, envahissement des gaines tendineuses, épanchement fibrineux et pouvant suppurar, lésions destructives des cartilages, des os, des ligaments; souvent ankylose, atrophie musculaire rapide et rebelle au traitement; résistance au salicylate de soude).

Cependant il est juste de reconnaître que le pseudo-rhumatisme infectieux ne se présente pas toujours avec cette évolution clinique grave, et qu'il peut se manifester d'une façon beaucoup plus bénigne, et en particulier ne se traduire que par un épanchement plus ou moins abondant, mobile et fugace, n'arrivant pas à la période de suppuration, et pouvant guérir d'une façon rapide et complète. Tel est le cas, par exemple, du pseudo-rhumatisme dysentérique. Ici le diagnostic, basé seulement sur l'évolution clinique, est d'une difficulté extrême; cependant l'absence des lésions cardiaques et la constatation d'une étiologie infectieuse lèveront les doutes.

De ce que l'on sait que les maladies infectieuses sont capables de développer des arthropathies, de ce que l'on sait que la dysenterie s'accompagne souvent de troubles articulaires, on n'en dégage pas pour cela la condition pathogénique du pseudo-rhumatisme au cours de la dysenterie.

Pour comprendre la production de ces lésions articulaires, il est bon de rappeler que d'une façon générale le pseudo-rhumatisme infectieux, considéré au point de vue des constatations bactériologiques révélées par l'examen de ces lésions peut conduire à trois résultats différents suivant les maladies et suivant les cas.

Dans un certain nombre de maladies infectieuses, le microbe qui a produit l'infection primitive peut être retrouvé dans les lésions articulaires; c'est ainsi que M. Chantemesse examinant, deux jours après la défervescence d'une pneumonie, le liquide séro-fibrineux d'une articulation enflammée, y a re-

trouvé le pneumocoque. Il s'agit bien dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres qu'on pourrait rapprocher de celui-là, d'un pseudo-rhumatisme causé par l'agent de la maladie infectieuse primitive ; il s'agit en somme d'une autre localisation produite par un même germe.

Mais les constatations bactériologiques ne se présentent pas toujours avec cette simplicité. D'autres fois, en effet, l'examen montre dans le liquide des arthrites infectieuses, non pas les germes de la maladie infectieuse primitive, mais des espèces, banales ou non, pyogènes ou non. Il s'agit dans ces cas, de véritables infections secondaires, greffées sur l'infection première. C'est ainsi que dans la diphtérie on a rencontré des arthrites infectieuses à streptocoques.

Enfin, dans une troisième série de cas, l'examen bactériologique de l'articulation malade ne décèle aucun microbe ; l'interprétation des phénomènes articulaires qui constituent dans ce cas le pseudo-rhumatisme doit être cherchée dans l'action des produits solubles.

Quelle est, de ces trois conditions, celle que nous rencontrons dans le pseudo-rhumatisme dysentérique ? *A priori*, on pourrait légitimement penser que, la dysenterie étant produite par le coli-bacille, et en se basant sur la facilité de pénétration que ce microbe rencontre par suite de sa présence dans un milieu ulcéré et desquamé, les arthrites de la dysenterie doivent être produites par la pénétration de ce coli-bacille dans le sang, dans l'intimité de nos tissus, et par sa fixation dans une grande articulation. C'est l'opinion que partage M. Chauffard, quand il écrit : « Pour la dysenterie, il est vraisemblable que les arthrites rencontrées au cours de cette maladie sont dues à des localisations du *bacterium coli*, mais la preuve n'en est pas encore donnée. »

En fait, les constatations bactériologiques n'ont pas montré le coli-bacille dans les arthrites dysentériques ; il nous paraît

trop hasardé de se baser sur la vraisemblance seule ou la possibilité de sa présence dans une cavité articulaire, pour expliquer le pseudo-rumatisme dysentérique, en invoquant l'envahissement d'une séreuse articulaire par ce microbe. Nos observations nous autorisent pleinement à faire ces réserves, car jamais l'examen bactériologique ne nous a démontré la présence du coli-bacille dans les articulations malades. Il est vrai qu'on pourrait invoquer, contre cette manière de voir, l'objection formulée contre l'état stérile des abcès du foie, en disant qu'au moment de l'examen les microbes étaient morts, et qu'ils avaient dû préalablement déterminer la maladie. Mais, si cette objection peut être invoquée contre les abcès du foie, qui ont parfois une évolution lente, insidieuse, et restent par suite longtemps méconnus, elle ne saurait s'appliquer à la lésion d'une grande articulation, dont les moindres manifestations s'accompagnent d'un degré plus ou moins considérable de douleur et d'impotence.

En ce qui concerne l'interprétation du pseudo-rumatisme dysentérique par les infections secondaires, nos examens nous autorisent également à ne pas accepter cette explication, puisque le liquide articulaire a été, dans nos cas, stérile aux ensemencements, et privé de microbes aux examens par coloration.

Force est donc de nous rallier, en nous basant sur nos recherches, et aussi sur les constatations de divers auteurs, à une interprétation qui tienne compte de l'absence de microbes dans les articulations malades. Il nous semble qu'en tenant compte justement de cette absence de microbes, la seule manière d'interpréter le pseudo-rumatisme dysentérique consiste à le considérer comme le résultat de l'action des produits solubles, sécrétés dans l'intérieur de la cavité intestinale par un coli-bacille doué à ce moment d'une virulence considérable, se traduisant par des sécrétions microbiennes

plus nocives qu'à l'état normal, produits solubles qui pénètrent d'autant plus facilement dans le torrent circulatoire, que l'intestin est plus ulcéré et plus desquamé.

« Si, maintenant, nous faisons le bilan des caractères différentiels du rhumatisme vulgaire et des pseudo-rhumatismes infectieux, qu'allons-nous trouver? Cliniquement, le rhumatisme ordinaire, dans sa forme simple, détermine des arthropathies multiples, mais mobiles, sans gravité locale, ne suppurant jamais, n'entraînant pas la perte ou la déchéance fonctionnelle de l'articulation, cédant facilement au salicylate de soude ou à l'antipyrine donnés à haute dose. Dans sa forme grave, il présente une série de complications bien personnelles, si nous pouvons parler de la sorte, à commencer par ses complications cardiaques. Au contraire, les pseudo-rhumatismes infectieux évoluent toujours secondairement et déterminent dans les articulations des désordres plus ou moins considérables et quelquefois persistants. Donc, cliniquement, ces deux maladies arthropathiques doivent rester séparées l'une de l'autre. »

En somme, le pseudo-rumatisme dysentérique est bien un pseudo-rumatisme infectieux, à rapprocher de tous ceux de ce groupe et à séparer du rhumatisme franc.

IV

TRAITEMENT

La question du traitement n'occupera pas une grande place. Il devra surtout consister ici à faire de la médecine des symptômes.

Il sera dirigé et contre la lésion articulaire, et contre l'affection primitive : la dysenterie, les deux maladies marchant de pair dans certains cas.

Comme traitement des arthropathies, nous conseillons les applications sur les jointures malades de baume tranquille laudanisé, qui ont une certaine influence sur les douleurs ressenties par le malade. Si celles-ci sont trop violentes, on pourra recourir, soit à l'antipyrine, à la dose de 2 grammes par jour, soit à l'extrait thébaïque.

Mais on devra surtout s'adresser aux révulsifs. Les badigeonnages à la teinture d'iode, les vésicatoires, les pointes de feu superficielles, rendent les plus grands services. Nous devons reconnaître que le meilleur antiphlogistique est encore le repos et l'immobilisation du membre. On mettra le membre supérieur dans la flexion, le membre inférieur dans l'extension complète, et en immobilisera la jointure dans une position où elle pourra encore être très utile au malade, si l'ankylose survient. On enveloppe auparavant le membre dans un pansement ouaté légèrement compressif, pour aider à la résolution du liquide intra-articulaire.

Si enfin l'épanchement est trop considérable et ne peut se

résorber, on fera la ponction de l'articulation, en prenant les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

Les atrophies musculaires, s'il en existe, seront combattues par le massage et l'électricité.

La pommade à l'ichthyol appliquée sur la jointure a paru dans certains cas donner de bons résultats, et l'on pourra en faire usage.

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de soumettre les malades à la médication salicylée, dont certains auteurs ont vanté les effets dans le traitement des arthropathies dysentériques, car il ne s'agit pas ici, selon nous, de rhumatisme articulaire.

L'iodure de potassium a été employé par divers auteurs avec avantage. Il semble jouir d'une certaine action et aider à la résorption du liquide des hydarthroses.

La dysenterie étant une maladie qui produit parfois une dépression assez marquée de l'organisme, il ne faudra pas négliger les toniques et les reconstituants.

Quant à la lésion intestinale elle-même, elle sera traitée par les moyens ordinaires mis à notre disposition: ipéca, purgatifs et acide lactique.

CONCLUSIONS

Si nous résumons en quelques lignes l'étude que nous venons de faire des arthropathies dysentériques, nous arrivons à poser les conclusions suivantes :

1° Il existe une variété d'arthrite, reconnaissant pour cause essentielle et nécessaire la dysenterie, soit sporadique, soit épidémique ;

2° Elle se développe probablement sous l'influence d'une constitution médicale particulière ;

3° Sa cause, sa marche, sa physionomie particulière, ses conséquences, son traitement, en font une affection essentiellement différente du rhumatisme articulaire ordinaire, et la rapprochent singulièrement du groupe des pseudo-rhumatismes infectieux ;

4° Elle attaque en général plusieurs articulations, et le genou semble être surtout son lieu d'élection. Sa durée est très variable et sa terminaison la plus fréquente est la guérison ;

5° L'explication pathogénique la plus plausible et la plus satisfaisante de ces phénomènes articulaires nous paraît être fournie par la théorie microbienne. Les produits solubles, les toxines, fabriqués par les microbes qui existent normalement ou anormalement dans l'intestin, et emportés par le torrent circulatoire à travers l'organisme, pénétreraient dans la jointure et y provoqueraient les lésions sur lesquelles nous avons quelque peu insisté.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- HIPPOCRATE. — Prénotions coaques, 453.
- SYDENHAM. — Médecine pratique, section IV, chapitre IV.
- STRACK. — (Cité par Ozanam, Épidémies, t. III, p. 291).
- ZIMMERMANN. — Traité de la dysenterie.
- STOLL. — Médecine pratique (Traduction Terrier).
- VIGNES. — Traité de la dysenterie.
- FALLOT. — Recherches sur la dysenterie (Arch. de méd., 1835).
- THOMAS (de Tours). — Recherches sur la dysenterie (Arch. de méd., 1835).
- CAMBAY. — Traité de la dysenterie, Paris, 1847.
- HASPEL. — Des maladies de l'Algérie, t. II, 1852.
- DUTROULEAU. — Des maladies des Européens dans les pays chauds, 1863.
- DELIÉUX DE SAVIGNAC. — Traité de la dysenterie, 1863.
- TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu. Leçon sur la dysenterie, t. III.
- GESLIN. — Notes sur une épidémie de dysenterie, 1867.
- HUETTE. — De l'arthrite dysentérique (Arch. gén. de méd., août 1869).
- QUINQUAUD. — Des manifestations rhumatoïdes de la dysenterie, 1874 (Gaz. des hôp., n^{os} 53, 56, 82, 83).
- BÉRANGER-FÉRAUD. — Traité de la dysenterie.
- ORLOWSKI. — Thèse de Paris, 1873.
- FOLLIN et DUPLAY. — Traité de pathologie externe.
- BESNIER. — Rhumatisme (Dict. Dechambre).
- HOMOLLE. — Rhumatisme (Dict. Jaccoud).
- GALDEMAR. — Thèse de Paris, 1876.
- BOURCY. — Du pseudo-rhumatisme infectieux, 1883.
- FIALHO. — Des manifestations rhumatoïdes de la dysenterie (Thèse de Paris, 1884).

- FRADET. — Du rhumatisme secondaire dysentérique, 1885.
DEWEYRE. — Archives de médecine, 1886.
DE LAPERSONNE. — Thèse d'agrégation, 1886 (Arthrites infectieuses non tuberculeuses).
BERTRAND. — Relation d'une épidémie de dysenterie.
KELSCH et KIENER. — Traité des maladies des pays chauds.
MIGNOTTE. — Arthropathies dysentériques (Thèse de Montpellier, 1890).
CHAUFFARD. — Le rhumatisme articulaire et le pseudo-rumatisme articulaire (Bull. méd., 1894).
-

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 29 mars 1895.

Le Recteur,
J. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 29 mars 1895.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
